

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RHEUMATOID ARTHRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

Nama : No. MR

Umur :

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Pekerjaan :

Alamat :

1. Anamnesa :

.....

.....

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : / / :

.....

.....

3. Penyebab penyakit tsb:

.....

.....

4. Sendi yang terkena (jawaban ditandai 'v'):

kedua tangan kedua pergelangan tangan kedua siku

tulang belakang leher/ cervical spine kedua lutut kedua pergelangan kaki

5. Hasil XRay (mohon dilampirkan):

.....

.....

6. Hasil Lab titer faktor Rheumatoid (mohon dilampirkan):

.....

.....

7. Apakah ada kekakuan sendi pada pagi hari? Tidak Ya

8. Apakah ada nodul rheumatoid? Tidak Ya, Lokasi?

9. Apakah ada gangguan fisik menetap/ permanen (tak dpt dipulihkan) sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien? Tidak Ya

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti:

Dapat	Tidak	
		Mandi
		Melakukan BAB dan BAK
		Berjalan
		Bekerja (dalam/ luar) rumah *coret yg tak perlu

Dapat	Tidak	
		Berpakaian
		Mengendalikan BAB dan BAK
		Makan dan Minum

Kondisi tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy) / / , berlangsung dlm kurun: < 6 bulan =/> 6 bulan
(merupakan pemeriksaan independen yang ditunjuk Penanggung)

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RHEUMATOID ARTHRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

10. Prognosis:

.....

.....

11. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll):

.....

.....

12. Pengobatan /Terapi:

.....

.....

13. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

.....

.....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/pemeriksaan penunjang, & hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan